Concours d'Agrégation. — Chirurgie et Accouchements.

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Julien TELLIER

(De Lyon)

Ex-Chef de clinique a la Faculté.

LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
F. Plan, rue de la Barre, 12.

1895

TITRES

EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON.
Concours 1882.

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON.
Concours 1886.

AIDE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ.
Années 1889 et 1890.

DOCTEUR EN MÉDECINE. — 1890.

LAURÉAT DE L'INTERNAT.
Concours pour le prix Bouchet (chirurgie, 1890).

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.
Prix de thèses (médaille de bronze, 1890).

MONITEUR DE CLINIQUE A LA FACULTÉ. — 1890-1891.

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ. — 1891-1893.
Concours 1891.

SECRÉTAIRE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON.

ADMIS AUX ÉPREUVES DÉFINITIVES POUR LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.
Concours d'agrégation de 1892 (chirurgie).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Anévrysmes de l'aorte abdominale; leur ouverture dans la plèvre. (En collaboration avec M. le Dr Bard.)

Lyon médical, 27 mars 1887.

Du rétablissement de la mobilité du cœur dans la symphyse totale du péricarde. (En collaboration avec M. le Dr Bard.)

Revue de médecine, année 1887.

Dépression cicatricielle en forme d'amphore de la fossette sus-sternale consécutive à un adéno-phlegmon d'origine tuberculeuse. (En collaboration avec M. Léon Dolard.)

Progrès médical, 1889.

Fracture comminutive de l'épine iliaque antéro-supérieure chez un vieillard. Mort par syncope. Autopsie. Pas d'autres lésions.

Lyon médical, 1889, Comptes rendus de la Société des sciences médicales.

Anévrysmes cirsoïdes de la main. Troubles trophiques très marqués. Amputation.

Lyon médical, *idem.*, 1889.

Des suites éloignées des traumatismes du crâne et de leur traitement par la trépanation.

Thèse inaugurale, Lyon, 1890.

Contribution à l'étude des traumatiemes anciene dee membree. Dangers de la méthode coneervatrice.
Bulletins de la Société anatomique de Paris, 1892.

Contribution à l'étude des fibromes naso-pharyngiene chez la femme. Une observation chez une jeune fille de 15 ane avec examen microscopique.
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, mars 1892.

Contribution à l'étude de la symphyeéotomie. Une opération euivie de mort de la mère. Examen et mensurations du bassin. Succée pour l'enfant (4 k. 250 gr. au moment de la naissance).
Annales de la Société obstétricale de France, 1893, et *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1893.

Morcellement de fibromes utérine euivi d'hyetérectomie vaginale totale.
Lyon médical, avril 1893.

Note eur un fœtue humain anencéphale. (En collaboration avec M. Guinard.)
Province médicale, juin 1893.

Fibrome du col de l'utérus. Hystéreotomie abdominale.
Lyon médical, 1893.

Dyetocie par défaut d'oesification du crâne.
Une observation *in* thèse de Despiney, Lyon, 1893.

Deux observatione de laparotomie pour péritonite tuberculeuse.
In thèse de Beaussenat, Lyon, 1893.

Tumeur fibro-myxomateuee de la fesee, d'origine congénitale (?).
Lyon médical, 1894, Comptes rendus de la Soc. des sc. médicales.

Cancer proetato-véeical.
Lyon médical, 1894, *idem.*

Mécanisme des accidente attribuée à l'emploi de l'éther comme aneethésique dane certainee interventions pour occlueion inteetinale.
Lyon médical, 1894.

Pathogénie de la mammite suppurée des adoleecente. Abcès du sein consècutif à une éruption furonculeuse chez une jeune fille de 14 ans.
Bulletin médical, 1895.

Contribution à l'étude de la cyetostomie sus-pubienne chez lee proetatiques. (Opération de Poncet).
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1895.

De la périnéorrhaphie immédiate eecondaire.
Lyon médical, 1895.

I. — CHIRURGIE GÉNÉRALE.

Dépression cicatricielle en forme d'amphore de la fossette sus-sternale consécutive à un adéno-phlegmon d'origine tuberculeuse. (En collaboration avec M. Léon Dolard.)

Progrès médical, 2e série, t. IX, 1889, avec deux photographies, et *Lyon médical*, 1888.

Nous avons rapporté dans cette étude l'histoire d'une petite malade observée dans le service de notre regretté maître, le professeur Léon Tripier, et atteinte d'une affection assez singulière, intéressante au point de vue du diagnostic pathogénique et de l'intervention chirurgicale. On découvrit, au-dessus de la fourchette sternale et exactement sur la ligne médiane, un orifice circulaire de 10 millimètres de diamètre environ conduisant dans un cul-de-sac profond de 2 centimètres, situé en arrière même du sternum.

Le diagnostic, fort discuté, fut assez longtemps hésitant; on pouvait croire à l'existence d'une tumeur congénitale, d'origine dermoïdale, qui, après suppuration, aurait laissé à sa suite un trajet en cul-de-sac, ou à un adéno-phlegmon suppuré d'origine tuberculeuse, ayant amené la production d'une cicatrice dépressible. Cette dernière hypothèse fut acceptée en se fondant :

1° Sur l'absence totale de symptômes, quels qu'ils soient, dans la région sus-sternale, avant le début de la suppuration;

2° L'absence de prolongement du côté de l'appareil laryngo-trachéal ou du pharynx, prolongements dirigés ordinairement de *bas en haut;* le trajet rétro-sternal étant au contraire dirigé de *haut en bas;*

3° L'absence de toute observation semblable, un cas de

Bidder assez obscur excepté, dans les ouvrages spéciaux, et principalement le traité des kystes congénitaux de MM. Lannelongue et Achard;

4° L'existence de la fistule à la base même du cou; les kystes branchiaux correspondant à la troisième fente branchiale sont médians, mais situés immédiatement au-dessous de l'os hyoïde, auquel ils sont toujours rattachés par un pédicule plus ou moins long.

Enfin, après l'intervention, l'examen microscopique parut confirmer ce diagnostic en montrant qu'il ne s'agissait ni d'une fistule branchiale, ni d'un kyste dermoïde suppuré, mais bien d'une inflammation ayant primitivement débuté dans les parties profondes du derme ou le tissu cellulaire sous-cutané et déterminé des modifications des téguments assez analogues à celles que l'on observe sur les cicatrices récentes.

Le trajet rétro-sternal fut disséqué avec soin, sans qu'on fût tombé sur des adhérences aux vaisseaux ou sur un prolongement quelconque partant du fond; une suture étagée assura l'affrontement des parties profondes; les résultats furent excellents.

Fracture comminutive de l'épine iliaque antéro-supérieure chez un vieillard. Mort par synoope. Autopsie. Pas d'autres lésions.

Lyon médical, 1889, Comptes rendus de la Société des sciences médicales.

Observation intéressante par le mécanisme de la fracture (chute sur le ventre) et l'absence d'autres lésions osseuses sur le reste du bassin.

Anévrysme cirsoïde de la main. Troubles trophiquee très marquée. Amputation.

Lyon médical, 1889, *idem.*

La tumeur siégeait au niveau de la base du médius, em-

piétant légèrement sur la région métacarpienne. Le squelette du doigt présentait des lésions trophiques qui ont été rarement décrites dans les anévrysmes cirsoïdes de la main.

Des suites éloignées des traumatismes du crâne et de leur traitement par la trépanation.

Thèse inaugurale, Lyon, 1890. Paris, Baillière et fils.

La division des accidents consécutifs aux lésions crâniennes traumatiques en primitifs, secondaires et tardifs, répond à une distinction clinique exacte et à des indications thérapeutiques particulières; les opérations secondaires étant limitées aux interventions du premier mois, les opérations tardives concernent tous les accidents ultérieurs.

La trépanation pratiquée selon toutes les règles de l'antisepsie est une opération aussi bénigne que la laparotomie exploratrice; il ne faut pas hésiter à y recourir toutes les fois qu'elle paraît indiquée. En particulier, les suites éloignées des traumatismes du crâne paraissent dans la plupart des cas une source d'indications nettes et précises de l'application du trépan.

Dans les suites éloignées des traumatismes du crâne, on peut successivement décrire :

1° Les troubles moteurs;

2° Les troubles sensitifs;

3° Les troubles sensoriels;

4° Les troubles mentaux;

5° Les troubles qu'on a rattachés à l'hystéro-traumatisme.

L'apparition de troubles moteurs à la suite des lésions traumatiques de la boîte crânienne est signalée depuis longtemps; l'étude des affections mentales dues aux mêmes causes est de date plus récente (Griesinger, Schläger, Kraft-Ebing, Lasègue, Christian).

Étiologie. — Les divers traumatismes du crâne (chute sur la tête, blessures par instruments piquants, conton-

dants, etc., blessures par contre-coup, traumatisme obstétrical, etc.), peuvent être suivis à plus ou moins longue échéance de l'apparition de lésions diverses :

Lésions péricrâniennes, osseuses (esquilles, enfoncements, etc.);
Lésions hémorrhagiques;
Lésions inflammatoires (encéphalite, abcès);
Tumeurs (?).

I. *Troubles de la motilité.* — Ce sont surtout des accidents convulsifs et paralytiques. Leur existence est ordinairement liée à des lésions de l'écorce cérébrale dues à différentes causes dont la relation avec le traumatisme est plus ou moins évidente.

L'intervention chirurgicale est indiquée dans tous les cas, à moins de signes de dégénérescences secondaires (contractures permanentes); elle doit chercher à découvrir et à faire disparaître l'agent causal de l'irritation corticale.

Les lésions osseuses seront traitées de telle façon que la substance cérébrale ne soit plus en contact avec une lésion quelconque de la voûte.

Les anciens foyers hémorrhagiques seront évacués antiseptiquement.

La trépanation, seul traitement rationnel des accidents dus à une lésion corticale, est ordinairement suivie de guérison ou d'amélioration marquée.

II. *Troubles sensitifs ou sensoriels.* — Ils ne relèvent pas en général de l'intervention chirurgicale. Cependant la céphalalgie persistante et localisée pourrait être une indication du trépan.

III. *Troubles mentaux.* — La plupart des auteurs sont aujourd'hui d'accord pour admettre une relation évidente entre les traumatismes anciens du crâne et tous les degrés de la folie.

Les accidents de cette catégorie sont, ou des troubles in-

tellectuels (obnubilation, hébétude, perte de la mémoire, impulsions, etc.), ou des troubles plus marqués et permanents (paralysie générale, épilepsie, démence confirmée, etc.).

En présence d'un ancien blessé du crâne, aliéné ou simplement obnubilé, *si dans son histoire on a éliminé* l'hérédité, les manifestations cérébrales dues à la syphilis, à l'impaludisme, aux fièvres éruptives, aux affections cardiaques et puerpérales, et enfin les causes morales, la question de l'application du trépan pour combattre les accidents qu'il présente peut et doit être discutée.

S'il existe des cicatrices externes pouvant faire croire à l'existence de lésions intra-crâniennes; s'il y a des phénomènes de localisation cérébrale; si le malade accuse un point douloureux persistant; si, enfin, il est permis de croire à des accidents causés par de la congestion ou de la compression cérébrale, la trépanation doit être pratiquée; elle est souvent suivie d'amélioration plus ou moins durable, dans les cas où les accidents paraissent dus au seul traumatisme.

Dans l'épilepsie d'origine traumatique, les symptômes sont le plus souvent amendés; dans les cas de démence confirmée, l'état du malade autorise jusqu'à un certain point toute tentative rationnelle de leur rendre la raison, quelques succès l'ont démontré (Cras); dans la paralysie générale, l'intervention est toujours contre-indiquée; on pourrait toutefois intervenir chez un malade qui présenterait des phénomènes congestifs très marqués du côté de l'encéphale (la trépanation étant à la compression cérébrale ce que l'iridectomie est au glaucome).

IV. *Hystéro-traumatisme.* — L'intervention chirurgicale paraît devoir être rejetée jusqu'à nouvel ordre.

V. — Dans un dernier chapitre ayant trait au manuel opératoire, je discute la conduite à tenir en présence des différents cas généraux ou particuliers.

En terminant, faisons remarquer que cette étude est antérieure à l'apparition des ouvrages classiques qui traitent des accidents tardifs des traumatismes crâniens.

Contribution à l'étude des fibromes naso-pharyngiens chez la femme. Une observation chez une jeune fille de 15 ans, avec examen microscopique.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, mars 1892.

La rareté des fibromes naso-pharyngiens vrais chez la femme est telle que cette particularité suffit (Guyon) pour écarter *a priori* ce diagnostic chez des malades du sexe féminin porteurs de tumeurs dont les symptômes rappellent ceux qu'on observe chez les jeunes garçons atteints de cette affection. Le plus souvent en effet en pareil cas, on est en présence d'une variété de tumeurs intermédiaires aux polypes muqueux et aux polypes fibreux sur laquelle M. le professeur Panas a attiré l'attention en 1873 : les fibromixomes.

On peut cependant réunir un certain nombre d'observations publiées sous l'étiquette de polypes fibreux naso-pharyngiens chez la femme (22 cas, Pluyette). La plupart de ces faits ne résistent pas à la critique, surtout à cause de l'absence d'un examen microscopique démontrant l'existence réelle du fibrome ou du fibro-sarcome : on sait en effet qu'on a signalé dans ces polypes, au milieu des trousseaux fibreux, l'existence d'éléments embryonnaires qui en font des fibromes en voie d'évolution (Lannelongue).

Deux observations seulement peuvent être regardées comme probantes (Richard, Verneuil), mais dans les deux cas, l'allure clinique est toute différente de ce qu'on observe dans le sexe masculin; il s'agit de femmes ayant dépassé 50 ans, chez qui l'affection a évolué tout autrement que chez les jeunes garçons de 15 à 25 ans.

Chez une jeune fille de 15 ans que j'ai observée dans le service de M. Poncet, la physionomie clinique était au

contraire conforme aux descriptions classiques du fibrome naso-pharyngien vrai. Je n'en ai trouvé aucun autre fait paraissant bien authentique.

La tumeur, implantée au niveau de la gouttière basilaire, était constituée à la coupe par du tissu fibreux assez dense, à fibres parallèles peu saillantes et perpendiculaires à la surface d'implantation, sans enroulement à la périphérie.

Au microscope, on constatait l'existence : 1° d'une couche superficielle constituée par du tissu conjonctif riche en cellules rondes, avec des vaisseaux en nombre assez considérable, et recouverte par un épithélium à plusieurs couches; 2° d'une couche plus profondément située, qui formait la plus grande partie de la tumeur, constituée par des faisceaux assez denses de tissu fibreux, présentant de nombreux vaisseaux à parois épaisses, ainsi que des capillaires réduits à une couche endothéliale. *Pas de tissu muqueux en aucun point de la préparation*. En résumé, tissu fibreux assez vasculaire.

Diverses hypothèses, plus ou moins plausibles, ont été invoquées pour expliquer l'extrême rareté de ces polypes fibreux chez la femme. Aucune ne satisfait l'esprit.

Contribution à l'étude des traumatismes anciens des membres. Dangers de la méthode conservatrice.

Bulletins de la Société anatomique de Paris, 67e année, 5e série, t. VI, fascicules 3 et 4, 1892, avec 2 figures.

Le point de départ de cette étude est un fait que j'ai observé dans le service de M. le professeur Poncet et qui est un bel exemple des troubles trophiques à longue échéance que l'on peut voir survenir du côté d'un membre à la suite d'un traumatisme ancien ayant lésé de gros troncs nerveux. Il s'agissait d'un pied-bot équin très prononcé, progressivement constitué sous l'influence de contractures incurables, à la suite d'une fracture compliquée du tiers supérieur de la jambe ayant intéressé une grande partie de la peau et des parties molles.

L'existence d'une névrite chronique était démontrée par les troubles trophiques que présentait la peau du membre malade, *(glossy-Skin)*, les troubles de croissance du squelette et l'apparition de contractures ayant entraîné la production du pied-bot avec déformations osseuses articulaires très marquées.

Cependant la fonction était à peine compromise; le malade marchant sur la tête des métatarsiens, pouvait accomplir de longues marches, argument en faveur de l'opération de Wladimiroff-Mickulicz.

Mais la légion traumatisée avait été pendant trente ans le siège de fistules intarissables; l'une d'elles fut l'origine d'une dégénérescence cancroïdale, qui nécessita le sacrifice du membre et permit ainsi de se rendre compte des déformations osseuses dont j'ai donné une longue description.

Ces déformations peuvent être caractérisées avec Hueter par ces deux faits, que les os s'hypertrophient aux points de moindre pression, et que les cartilages disparaissent là où cessent les contacts des surfaces pendant que se forment de nouvelles articulations.

L'étude de ce fait nous a conduit à des considérations pratiques intéressantes de thérapeutique chirurgicale. L'essai de conservation du membre a donné pour résultats deux ans de séjour au lit, trente ans de difformité et de suppuration, l'apparition d'un cancer et la possibilité d'une récidive après amputation. — En présence d'un traumatisme à grand fracas, il faut peser avec soin les arguments pour et contre la conservation à outrance, penser à l'évolution ultérieure des tissus plus ou moins compromis, et savoir parfois supprimer d'emblée la source de multiples accidents locaux et généraux.

Tumeur fibro-myxomateuse de la fesse, d'origine congénitale (?).

Lyon médical, 1894, Comptes rendus de la Société des sciences médicales.

J'ai opéré pendant une suppléance à l'Hôtel-Dieu de Lyon en 1894, un malade de 49 ans, porteur d'une tumeur datant de 37 ans, siégeant au niveau de la fesse et descendant jusqu'au creux poplité. L'existence d'une pigmentation anormale, le développement exagéré du système pileux en cette région, et la sensation de paquets de ficelle enroulés dans la profondeur de la tumeur, avait fait penser à une tumeur congénitale, probablement un névrome plexiforme. L'examen de la pièce démontra qu'on était en présence d'une tumeur fibro-myxomateuse.

Cancer prostato-vésical.

Lyon médical, 1894

Description de pièces présentées à la Société des sciences médicales et provenant d'un malade auquel j'avais pratiqué la cystostomie sus-pubienne.

Mécanisme des accidents attribués à l'emploi de l'éther comme anesthésique dans certaines interventions pour occlusion intestinale.

Lyon médical, 1894.

Dans les interventions pour occlusion intestinale de nature quelconque (hernie étranglée ou obstruction de cause intra-abdominale), on a observé des accidents mortels qui semblent dus à l'emploi de l'éther employé comme anesthésique. L'étude de ces observations montre qu'en pareil cas la mort est le plus souvent due à des phénomènes asphyxiques résultant du passage des liquides venus de l'estomac dans les voies aériennes pendant les vomissements. Si les réflexes partis du péritoine malade peuvent avoir une action dangereuse sur les centres respiratoires en imminence d'inhibition nerveuse par suite de l'usage d'un anesthésique quelconque, la pratique de la laparotomie démontre que le fait est rare.

Les vomissements sont peut-être un peu augmentés de fréquence par l'emploi de l'éther, mais ils sont dus surtout à l'obstruction intestinale ; le danger résulte de la présence dans l'estomac d'une grande quantité de liquide, et il faut avant tout pratiquer le lavage cet de organe. Les dangers de l'anesthésie seront alors singulièrement diminués. L'éther conserve ses avantages, même dans les interventions de ce genre, lorsque la gravité de l'état général ne contre-indique pas d'une façon absolue l'emploi d'un anesthésique quel qu'il soit.

Pathogénie de la mammite suppurée des adolescents. Abcès du sein consécutif à une éruption furonculeuse chez une jeune fille de 14 ans.

Bulletin médical, 1895.

La pathogénie de la mammite suppurée des adolescents est généralement peu étudiée dans les ouvrages classiques. Pour l'établir, il faut s'appuyer sur l'étude du développement de la glande mammaire et des modifications dont elle est le siège au moment de la puberté, d'une part, et la notion d'une infection secondaire de cause externe ou interne, d'autre part.

A l'époque de la puberté, on observe du côté du sein des phénomènes dont l'évolution est parallèle à ceux que l'on observe du côté des organes génitaux : prolifération des éléments glandulaires proprement dits, et congestion plus ou moins marquée de la glande, tels sont les deux faits qui caractérisent les modifications anatomiques qui se produisent dans cet organe à l'occasion de la transformation qu'il subit à cette étape de son développement.

Sous l'influence de cette activité physiologique, la glande mammaire devient un terrain singulièrement favorable à l'action des causes d'infection secondaire. Or, on ne saurait concevoir que trois voies capables d'amener des microorganismes pathogènes au contact des éléments constitutifs de

la mamelle : les conduits galactophores, les vaisseaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins.

L'infection par la voie galactophorique, à peu près seule admise dans la pathogénie des mammites puerpérales depuis les travaux de M. le professeur Duplay, ne paraît pas pouvoir être ordinairement invoquée à propos des observations de mastite suppurée des adolescents ; l'infection par les voies lymphatiques est également à rejeter dans le plus grand nombre des cas. Il semble que le transport par la voie sanguine soit dans l'espèce le mode d'infection le plus fréquemment observé. En résumé, poussée conjective préparatoire, et infection secondaire dont l'agent peut parfois venir de l'extérieur par voie galactophorique ou lymphatique (il est difficile de trancher absolument la question), ou plus souvent du milieu intérieur lui-même (auto-infection), tels sont les deux facteurs qu'on doit faire intervenir dans la pathogénie de la mammite suppurée chez les adolescents.

Le point de départ de cette étude a été un fait d'abcès du sein chez une jeune fille de 14 ans, nettement consécutif à l'existence d'une éruption furonculeuse à répétitions.

Contribution à l'étude de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques (opération de Poncet).

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1895.

Ce mémoire est basé sur l'étude de cinq cystostomies sus-pubiennes, dont l'une a été pratiquée par M. le professeur Poncet et les quatre autres par moi-même pendant une suppléance à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

En règle générale, lorsque la cystostomie est indiquée, elle doit être pratiquée d'après les règles établies par M. Poncet ; en particulier, la suture méthodique des bords de la vessie avec les bords de la paroi abdominale, de telle sorte qu'il y ait continuité directe entre la plaie vésicale et la plaie cutanée, doit être exécutée avec le plus grand soin. Seule, cette conduite permet de n'introduire dans

l'infundibulum vésico-cutané ni sonde, ni drain, ni instrument d'aucune sorte destiné à assurer l'évacuation de la vessie.

Il est cependant telles circonstances où les divers temps de la cystostomie sus-pubienne typique doivent, suivant certaines indications individuelles, être plus ou moins modifiés. Il est des cas où les sutures ne sauraient être pratiquées sans inconvénient, et où il faut savoir se résoudre à une opération atypique. La conduite à tenir en pareil cas résulte des faits qui sont relatés dans cette étude et qui démontrent que même alors, la cystostomie sus-pubienne conserve tous ses avantages.

II. — CHIRURGIE SPÉCIALE.

Obstétrique et gynécologie.

Contribution à l'étude de la symphyséotomie. Une opération suivie de la mort de la mère. Examen et mensuration du bassin. Succès pour l'enfant (4 kil. 250 au moment de la naissance).

Annales de la Société obstétricale de France, 1893, et *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1893.

Ce travail, communiqué à la Société obstétricale, contient la relation *in extenso* d'une des premières symphyséotomies pratiquées en France; mon opération est du mois de juillet 1892. En outre des faits intéressant surtout l'obstétrique pure, j'y ai insisté, au point de vue chirurgical, sur les difficultés parfois très grandes avec lesquelles l'opérateur peut avoir à compter. L'hémorrhagie, entre autres, est parfois très considérable, et il faut être préparé à lutter contre elle par tous les moyens possibles. De plus, l'opération n'est pas de celles qui peuvent être laissées entre les mains de tous les praticiens; il faut pouvoir se placer dans des conditions d'aide et d'outillage qui légitiment une intervention parfois aussi difficile.

En un mot, la symphyséotomie a des indications admises par un grand nombre d'accoucheurs; mais il n'est pas encore possible d'en généraliser la pratique et de la substituer de parti-pris aux opérations obstétricales qui sacrifient l'enfant en sauvegardant les intérêts de la mère.

Morcellement de fibromes utérins suivi d'hystérectomie vaginale.

Lyon médical, Comptes rendus de la Société des sciences médicales, 1893.

Relation d'un essai de morcellement de fibromes utérins, terminé par la déchirure du fond de l'utérus, et par suite, nécessité de pratiquer l'hystérectomie totale.

Dystocie par défaut d'ossification du crâne.
In thèse de Despiney, Lyon, 1893.

Fibrome du col de l'utérus; hystérectomie abdominale totale.
Lyon médical, Comptes rendus de la Société des sciences médicales, 1893.

Les tumeurs fibreuses développées aux dépens du col, ou comme dans le cas présent, aux dépens de la lèvre antérieure sont rares; l'utérus était pour ainsi dire appendu à la tumeur; aussi avait-on plutôt pensé à un développement intra-ligamentaire. Hystérectomie abdominale totale; l'hémostase a présenté certaines difficultés dues au voisinage de l'uretère, qu'on ne devrait pas craindre en pareille circonstance de disséquer du rein à la tumeur, si l'on avait des doutes sur son exacte situation.

Deux observations de laparotomie pour péritonite tuberculeuse.
In thèse de Beaussenat, Lyon, 1893.

De la périnéorrhaphie immédiate secondaire.
Lyon médical, 1895.

La périnéorrhaphie immédiate secondaire est la restauration du périnée pratiquée dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Lorsqu'on n'a pu procéder à la périnéorrhaphie immédiate proprement dite, c'est-à-dire opérer dans les quelques heures qui suivent la délivrance, il n'est pas nécessaire d'attendre plusieurs mois que les tissus aient repris leur aspect définitif; on peut, il semble

même qu'on doive intervenir beaucoup plus tôt, dans des limites que j'ai cherché à établir en me basant sur un certain nombre de faits personnels.

La périnéorrhaphie immédiate secondaire est indiquée toutes les fois qu'un obstacle quelconque a empêché l'opération immédiate; la seule contre-indication réside dans l'apparition de phénomènes d'infection. Le procédé qui semble donner les meilleurs résultats est le procédé d'Emmet, plus ou moins modifié suivant l'état des tissus déchirés. Le traitement consécutif exige un certain nombre de précautions utiles à connaître en ce qui concerne la miction, la défécation, les lavages, etc. Les suites immédiates sont ordinairement très bonnes; quant aux suites éloignées, elles ne le cèdent en rien aux résultats de la périnéorrhaphie tardive, ainsi que j'ai pu le démontrer, grâce à l'observation de malades ayant accouché de nouveau plusieurs années après la restauration immédiate secondaire du périnée. Cette opération mérite d'être pratiquée plus souvent qu'on ne le conseille actuellement.

III. — VARIA.

1. — Anatomie pathologique.

Anévrysmes de l'aorte abdominale; leur ouverture dans la plèvre. (En collaboration avec M. le Dr Bard.)
Lyon médical, 1887.

Ce travail repose sur deux observations de rupture dans la plèvre d'anévrysmes de l'aorte abdominale. On trouve dans la littérature quelques faits analogues, mais les observations en sont incomplètes; dans toutes, on signale le fait comme exceptionnel, sans rechercher la voie qu'a suivie l'épanchement sanguin, et sans chercher à se rendre compte du mécanisme qui l'a poussé dans la plèvre.

Nos deux cas nous ont permis de préciser le mécanisme de cette rupture, qui est moins accidentelle qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Le chemin parcouru par le sang est, dans une large mesure, commandé par les dispositions anatomiques de la région; il s'agit toujours, en pareil cas, d'anévrysme de l'aorte abdominale situé immédiatement au-dessous du diaphragme; les mouvements incessants du diaphragme changent sans cesse la pression que supporte la partie supérieure de la poche anévrysmale, et par là en diminuent la résistance au point culminant. C'est en ce point que se produit la rupture brusque, ou que se forme un anévrysme faux consécutif.

Ce siège commande la direction du courant d'irruption; dans un de nos cas, la poche graduellement croissante a fait saillie dans la plèvre avant de s'y rompre; dans l'autre cas, le sang extravasé a suivi la même voie, montrant ainsi que le tissu cellulaire sus et sous-diaphragmatique n'est

pas une barrière infranchissable pour un liquide sous pression.

Du rétablissement ds la mobilité du cœur dans la symphyss totals du péricarde. (En collaboration avec M. le Dr Bard.)

Revue de médecine, 1887.

Dans la plupart des cas de symphyse du péricarde, il n'existe que des adhérences molles, plus ou moins complètes, mais qui n'en permettent pas moins encore les mouvements nécessaires au fonctionnement des ventricules. Dans des cas beaucoup plus rares, la soudure des deux feuillets de la séreuse est totale et se présente sous la forme d'une plaque ondulée, où les deux feuillets, fusionnés en apparence, ne sont distincts qu'à l'examen histologique; cette symphyse absolue ne permet pas de comprendre au premier abord comment la mobilité du cœur peut se maintenir, et l'on ne trouve aucune donnée sur ce point dans la littérature. Dans le cas observé, le rétablissement de la mobilité était dû au développement considérable du tissu cellulo-adipeux, situé au-dessous du feuillet viscéral du péricarde, qui formait une couche de glissement dépassant 1 centimètre d'épaisseur; le feuillet pariétal de son côté était aussi séparé des organes voisins par une deuxième couche de même nature, mais de moindre épaisseur. La couche graisseuse interne facilite les mouvements de contraction du ventricule, et la couche externe permet la mobilité cardiaque sur les tissus environnants.

L'existence de cette couche graisseuse n'avait pas empêché la production des signes ordinaires de la symphyse, qui avait pu être diagnostiquée pendant la vie, mais elle pouvait expliquer la longue survie de la malade, qui a succombé à une pleurésie aiguë intercurrente.

2. — Tératologie.

Note sur un fœtus humain anencéphale. (En collaboration avec M. GUINARD.)
Province médicale, 1893.

Particularités de la grossesse; description du fœtus; pathogénie de cette malformation.

IV. — COLLABORATION ET OBSERVATIONS FOURNIES A DIVERSES THÈSES.

R. Bertrand. — **Contribution à l'étude de la blennorrhagie chez l'homme.**
Thèse de Lyon, 1887.

J'ai recueilli pour cette thèse, inspirée par M. le Dr Aubert, les observations I, III, IV, V, X, XII, XIII, XIV, XVI, XVIII, qui toutes viennent à l'appui de la conclusion, tout à fait nouvelle à cette époque : la blennorrhagie limitée pendant toute sa durée à l'urèthre antérieur est rare.

J. Ebrard. — **Extirpation du cancer de la langue.**
Thèse de Lyon, 1889.

Obs. V.

L. Orcel. — **Contribution à l'étude du cancer du corps thyroïde.**
Thèse de Lyon, 1889.

Obs. IV.— Fracture de cuisse spontanée chez une femme présentant une tumeur du corps thyroïde.

G. Jourdanet. — **Contribution à l'étude des abcès du cervelet consécutifs aux otites.**
Thèse de Lyon, 1891.

J'ai fait sur le cadavre, à l'occasion de cette thèse, un certain nombre de trépanations de la région du cervelet et pratiqué un certain nombre de mensurations sur des crânes d'adultes et d'enfants.

Despiney. — **Du défaut d'ossification du crâne comme cause de dystocie.**
Thèse de Lyon, 1893.

Obs. VI.

R. Beaussenat. — **Résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.**
Thèse de Lyon, 1893.

Obs. V. — Péritonite tuberculeuse. Laparotomie; amélioration.

Obs. IX. — Péritonite tuberculeuse. Laparotomie; guérison avec petite fistule.

L. Paul. — **Du traitement du cancer de la prostate.**
Thèse de Lyon, 1894.

J'ai fourni à cette thèse, inspirée par M. le professeur Poncet, les deux faits personnels suivants :

Obs. VIII. — Cancer prostato-vésical simulant une hypertrophie prostatique. Cystostomie sus-pubienne. Soulagement immédiat.

Obs. IX. — Fongus cancéreux prostato-vésical. Cystostomie sus-pubienne. Soulagement immédiat.